

健保 康 険 被保険者証 滅 失 毀 損 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係員

神奈川県建設業健康保険組合

フリガナ	ケンセツ タロウ		生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇月 〇〇日 令和		
被保険者名	建設 太郎 (建設)					
被保険者住所	〒231-0000 横浜市中区太田町〇-〇〇			性別	(男)・女	
再交付を受ける被保険者証	記号	666	番号	6666		
勤務先の	所在地	中区太田町〇-〇〇				
	名称	健康建設株式会社				
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 46年 10月 1日				
再交付を受ける者の	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄
	建設 花子 (昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日)		妻		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	
再交付を申請する理由	財布の中にいれたまま誤って折ってしまった。					
事業主の証明	被保険者 <u>建設 太郎</u> の申請のとおり、 被保険者証を 滅失 毀損 したことを証明する。 令和 1年 10月 1日 住所 横浜市中区〇〇 事業所名 健康建設株式会社 事業主名 健康 二郎 (健康)					

【注】1 不要文字は抹消して下さい。
 2 滅失による時は本人の始末書又は理由書を添付して下さい。又、払込取扱票の受領証の写しを添付して下さい。
 3 毀損の時は被保険者証を添付して下さい。

令和 1年 10月 1日提出

受付印